



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

MISURE PREVENTIVE - LIMITAZIONE ACCESSI **Autodichiarazione ai sensi Decreto n.144 del 13/07/2020**

Al fine di limitare il rischio di eventuali contagi è vietato l'accesso alla struttura se non strettamente necessario.

Ci scusiamo per il disagio, certi della comprensione e collaborazione di tutti.

La Direzione e gli operatori sanitari

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____

Telefono/Cellulare _____

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, l'assenza di tutte le seguenti condizioni negli ultimi 14 giorni:

- Contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da Covid-19
- Contatto stretto con una o più persone con febbre e con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc)
- Di esser attualmente sottoposto a regime di quarantena o isolamento fiduciario né di essere rientrata/o da meno di 14 giorni da paesi UE e/o extra Schengen di cui all'art.6 comma2 DPCM 11 giugno 2020 per i quali è previsto l'isolamento fiduciario e di avere avuto contatti stretti con una o più persone che sono rientrate da un Paese extraUE
- Presenza anche uno solo dei seguenti sintomi: febbre, tosse secca, respiro affannoso/difficoltà respiratoire, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, mal di gola, congiuntivite, diarrea, perdita del senso del gusto, perdita del sendo dell'olfatto.

A questo riguardo, dichiaro di attenermi alle indicazioni fornite dal personale sanitario nel rispetto dei comportamenti da adottare per la prevenzione del rischio infettivo.

Data _____

Firma del dichiarante _____